Rok XXXI. Kraków, 16 Stycznia 1892. Nr. 3.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{8}$ „	„ 6 „

I. Przyczynek do chirurgii żołądka.

Skreślił

Dr. H. Schramm we Lwowie.

Z chwilą, gdy Péan a równocześnie prawie Rydygier i Billroth przekonali się, że wyniki doświadczeń na zwierzętach z wycięciem odźwiernika dadzą się zastosować i do człowieka, zwłaszcza zaś gdy operacyja Billrotha pomyślnym została uwieńczona skutkiem, rzucili się prawie wszyscy chirurgowie z zapałem do nowéj operacyi tak, że w przeciągu niespełna lat 6 znanych było w literaturze przeszło 130 operowanych przypadków. Wysoka jednak śmiertelność przy téj operacyi, bo sięgająca przeszło 70%, przyczyniła się niemało do ostudzenia zapału; zaczęto operowane przypadki bliżéj studyjować i otóż okazało się, że śmiertelność w razach, gdy nowotwór odźwiernika był znacznie pozrastany z narządami sąsiedniemi, dochodzi do odstraszającéj cyfry 97%, wobec zrostów mniejszych i mniejszéj rozległości nowotworu śmiertelność dochodzi do 60 kilku procent, w przypadkach zaś, gdzie nowotwór był niewielki i odźwiernik zupełnie nie pozrastany, umierało jeszcze wskutek operacyi do 50 kilka procent chorych. Nie dziw więc, że wobec takich danych statystycznych zaniechano w przypadkach pierwszéj kategoryi zupełnie wycinania odźwiernika, zwłaszcza gdy podana wkrótce przez Wölflera operacyja gastroenterostomii dała nam w ręce sposób jeżeli już nie wyleczenia chorych, to przynajmniéj ulżenia ich cierpieniom z przedłużeniem życia.

Téj też zasady trzymałem się w moich czterech przypadkach raka żołądka.

Pierwszy z nich operowałem w grudniu 1886 r. (opisany w „Przeglądzie Lek.“ 1887 Nr. 9) z wynikiem pomyślnym o tyle, że chora przebywszy operacyję bez żadnych powikłań, cieszyła się zupełnem zdrowiem prawie przez rok cały, gdyż dopiero w styczniu 1888 roku stwierdzić u niéj mogłem nowy guz wielkości pięści i chora doznawała tych samych przypadów, co przed operacyją — dalszy jéj los nie jest mi wiadomy.

Drugi przypadek operowałem w lipcu 1891 r. Była to kobieta, B. M., kolonistka pod Lwowem, lat 54 licząca. Poprzednio zupełnie zdrowa, zaczęła doznawać od 5 miesięcy dolegliwości żołądkowych, które stopniując się powoli, doszły do tego, że chora w ostatnich dwóch tygodniach nie mogła przyjmować prawie żadnych pokarmów z powodu silnych boleści, jakie występowały po każdem jedzeniu a kończyły się wymiotami.

W dniu przyjęcia choréj badanie wykazało stan odżywienia bardzo lichy, podściółki tłuszczowéj prawie brak, skórę ziemisto bladą bez elastyczności. Brzuch zapadły, tylko w okolicy żołądkowéj wzdęty. Poniżéj łuku żebrowego prawego, nieco w prawo i kilka centim. nad pępkiem, wyczuć można guz wielkości jaja kurzego, twardy, nierówny i bolesny. Guz ten tak biernie jak i czynnie ruchomy; t. j. że przesuwać go można i palcami i zmienia swe położenie sam przy różnym stopniu rozdęcia żołądka. Stolce co kilka dni twarde. Serce, płuca i inne narządy zdrowe.

Chora dostała lewatywę, kąpiel, a na pół godziny przed operacyją wypłukałem jéj żołądek wodą ciepłą, a następnie rozczynem kwasu borowego, poczem przystąpiłem do operacyi dnia 15 lipca przy łaskawéj pomocy Drów Schmidta, Kucharskiego i Krygowskiego. Operacyję wykonałem zupełnie w ten sam sposób jak w przypadku pierwszym: a zatem cięcie w linii białéj, wydobycie odźwiernika na zewnątrz jamy brzusznéj, przyczem pokazało się, że nieprawidłowych zrostów z sąsiedniemi narządami nie ma wcale; oddzielenie odźwiernika przez podwiązanie w małych pęczkach sieci i śródjelicia kiszki grubéj, przyczem trzymałem się jak najbliżéj ścian żołądka, a to w celu uniknięcia możliwéj zgorzeli kiszki grubéj. Po oddzieleniu zupełnem odźwiernika podłożyłem pod żołądek 4 głowowy kompres z gazy jodoformowéj, którego końcami owinięto z jednéj strony żołądek, z drugiéj dwunastnicę. Uciskadeł nie używałem żadnych, pozostawiając zamknięcie świateł żołądka i jelit palcom asystenta.

Cięcie nieco skośne od krzywizny małéj żołądka do połowy obwodu guza i założenie szwu zamykającego, a mianowicie obok błony śluzowéj, drugi na błonę mięsną, trzeci na błonę surowiczą, wszystkie kuśnierskie z najcieńszego jedwabiu. Po przecięciu reszty żołądka i dwunastnicy poza

wyczuwalnemi granicami nowotworu, zespojono kiszkę z żołądkiem tak, że krzywizna większa żołądka przechodziła dokładnie w dolną ścianę dwunastnicy; szew tak samo trójrzędny z jedwabiu. Wreszcie wzmocniono całą linię szwu dość gęstemi szwami węzełkowemi Lamberta, przyczem szczególnie zwracano uwagę na miejsce zetknięcia się szwu podłużnego z szwem ukośnym, wyjęto kompres z gazy jodoformowej i oczyszczono pole operacyjne. Linije szwu posypałem lekko proszkiem jodoformu, a po wprowadzeniu żołądka na miejsce, zamknąłem jamę brzuszną 4 szwami wałeczkowemi, głębokiemi szwami węzełkowemi i powierzchownym szwem kuśnierskim.

Operacyja trwała niespełna 7 kwadransów a chora zniosła ją bardzo dobrze.

Wieczorem ciepłota 37°, lekkie bóle w okolicy rany, zresztą żadnych przypadów. Chora dostaje kawałeczek lodu do połykania i na noc podskórnie 0·01 morfiny.

16/7 ciepłota 36·5, tętno 84 spokojne, bólów prawie żadnych. Chora dostaje co dwie godziny łyżeczkę mleka kwaśnego rozkłuconego, na noc 0·01 morfiny. Dalszy przebieg był można powiedzieć idealny, ani razu ciepłota nie przeszła 37·8, żadnych bólów w brzuchu. Przez pierwsze pięć dni chora dostawała co 2 godziny po łyżce mleka, 5 go dnia polewkę winną i rosół, w 8 dniu siekane mięso.

10 dnia po operacyi wyjęto szwy skórne, natomiast dla bezpieczeństwa założono kilka pasków przylepca, z którem chora dnia 28 lipca, t. j. w 12 dni po operacyi pojechała do domu.

Według otrzymanéj od Dra Kretschmera wiadomości, operowana ta do dnia 12 listopada, zatem już przeszło cztery miesiące po operacyi, ma się zupełnie dobrze. Ze strony żołądka żadnych dolegliwości.

Wyjęty kawałek żołądka ma wzdłuż krzywizny małéj 5, wzdłuż dużéj 7 ctm., odźwiernik zwężony tak dalece, że nie przepuszcza nawet końca małego palca, zwężenie sprowadzone przez naciek w ścianach żołądka jeszcze prawie nie owrzodziały, który przy badaniu drobnowidowem przedstawia budowę raka gruczołowego. Od strony żołądka widać zupełnie zdrową błonę śluzową na przestrzeni kilku milim., od strony dwunastnicy zaczyna się nowotworowy naciek ledwo na 1 mm. od brzegu cięcia.

Trzeci przypadek tyczy się kobiety A. K., 58-letniéj, choréj od kilkunastu miesięcy. W ostatnich tygodniach prawie ciągłe wymioty, często barwy czekoladowéj, silne bóle w żołądku po każdem jedzeniu. Gdy liczne podawane jéj leki nie przyniosły żadnéj ulgi, zgłosiła się do mnie i zgodziła na proponowaną operacyję.

Stan jéj był następujący; wychudnienie bardzo znaczne, okolica żołądkowa znacznie wzdęta, żołądek sięga prawie do pępka. Na prawo od linii białéj tuż nad pępkiem wyczuć się daje guz wielkości jabłka, twardy, nierówny i bolesny, nieco poruszalny na prawo i ku górze, prawie nieprzesuwalny na lewo i ku dołowi. W kierunku od guza ku wątrobie wymacać się daje twardy bolesny postronek.

Po odpowiedniem przygotowaniu choréj, przystąpiłem do operacyi przy łaskawéj pomocy Drów Schmidta, Jany i Tatarczucha. Cięcie w linii białéj, guz z trudnością daje się wyciągnąć z jamy brzusznéj, przyczem okazują się silne zrosty ku wątrobie a jeszcze silniejsze z kiszką grubą, gdy nadto chora tak źle znosiła chloroform, że prawie co chwila występowały napady asfiksyi, postanowiłem odstąpić od niebezpiecznego zabiegu wycięcia odźwiernika i ograniczyć się do gastroenterostomii.

Uniosłszy więc żołądek i kiszkę grubą ku górze, wyszukałem według wskazówek Wölflera dwunastnicę, a cofnąwszy się o 50 ctm ku dołowi, wyciągnąłem pętlę kiszki ponad kiszkę grubą tak, iż zupełnie bez naprężenia dała się zbliżyć do żołądka. Nie otwierając kiszki ani żołądka przyszyłem kiszkę na 8 ctm nad krzywizną dużą, a na 4 ctm. od wyczuwalnych granic nowotworu na rozciągłości 5 ctm. za pomocą kilkunastu szwów węzełkowych Lamberta. Teraz naciąłem ścianę kiszki i żołądka aż do błony śluzowéj w długości 3 ctm. i założyłem szew kuśnierski na odpowiednie brzegi rany kiszki i żołądka; poczem dopiero przeciąłem błonę śluzową kiszki i żołądka na rozciągłości 2 ctm., przyczem z powodu odpowiedniego ucisku palcami asystenta nie wypłynęła ani kropla treści pokarmowéj i szwem kuśnierskim zespoiłem naokoło błonę śluzową kiszki z błoną śluzową żołądka, poczem nastąpiło zeszycie przedniéj części błony mięsnéj a wreszcie błony surowiczéj żołądka i kiszki szwem Lamberta. Po oczyszczeniu pola operacyjnego i usunięciu podłożonéj pod żołądek gazy jodoformowéj, odprowadzono żołądek na swe miejsce i jamę brzuszną zamknięto.

Cała operacyja trwała $1^1/_4$ godziny, z czego na samo szycie przypadło ledwie 25 minut

Następnego dnia podawano choréj kawałeczki lodu, poczem przez tydzień co 2 godziny po łyżce mleka.

Przebieg zupełnie prawidłowy, bezgorączkowy, wymioty ustały zupełnie, dokuczliwe przedtem bóle prawie całkiem ustąpiły.

W 3 tygodnie po operacyi stan choréj znacznie lepszy. Chora, która przed operacyją była tak osłabioną, że łóżka nie mogła opuścić, chodzi swobodnie po pokoju i zajmuje się gospodarstwem domowem; ze strony żołądka występują zaburzenia w postaci bólów i wymiotów po zjedzeniu niestrawnych rzeczy.

Ten względnie dobry stan utrzymywał się prawie 3 miesiące, poczem przypady żołądkowe zaczęły się szybko zwiększać, guz wyczuwalny w jamie brzusznéj również się powiększał, wymioty i bóle jak przed operacyją i w 4 miemiesiące po operacyi zmarła chora wśród objawów wyniszczenia.

Czwarty przypadek odnosi się do choréj Sary S., izraelitki, 51 lat liczącéj, która zgłosiła się do mnie w lutym 1891 r. i stwierdziłem już wówczas w okolicy odźwiernika guz wielkości małego jabłka, ruchomy. Na proponowaną jéj konieczną operacyję chora się nie zgodziła i próbowała jeszcze różnych leków wewnętrznych, a przekonawszy się o ich nieskuteczności, zgłosiła się powtórnie w maju t. r. Stan jéj ówczesny był bardzo nędzny. Częste boleści i wymioty po każdem jedzeniu. Guz w jamie brzusznéj doszedł wielkości pięści, mało ruchomy. Wychudnienie i osłabienie bardzo znacznego stopnia.

Stan ten wykluczał już *a priori* możność wykonania resekcyi odźwiernika, postanowiłem więc już z góry ograniczyć się tylko do gastroenterostomii i do operacyi téj przystąpiłem w dniu 23 maja t. r. przy łaskawéj pomocy Drów Piseka i Barącza. Operacyję wykonałem w ten sam sposób, jak to opisałem w przypadku poprzednim. Wyszukanie odpowiedniego jelita było tylko trudniejszem z powodu znacznych zrostów w okolicy odźwiernika, które utrudniały wyszukanie dwunastnicy. Aby czasu nie tracić, ująłem najbliższą pętlę jelita cienkiego i przesuwałem ją w palcach w jednym kierunku, przekonawszy się, że się zbliżam do kiszki grubéj, cofnąłem się do góry, aż natrafiłem na opór w przesuwaniu pętli, teraz cofnąłem się znów nieco ku dołowi i tę pętlę, położoną zatem koło $^1/_2$ metra niżéj dwunastnicy, przyszyłem do żołądka tak, że ramię jéj odwodzące leżało na prawo.

Operacyja trwała $1^1/_4$ godziny, poczem chorą mocno osłabioną odniesiono do łóżka i zastosowano lewatywę z wina.

26/5. Ciepłota 36·2, tętno 100, słabe. Podano mleko z koniakiem co 2 godziny łyżeczkę, oprócz tego lewatywę z winnéj polewki. Wymiotów nie było, mierne boleści koło rany. Wieczorem ciepł. 36·8, tętno 100. Noc dosyć spokojna.

25/5. Ciepłota 36·2. Bóle w brzuchu dość znaczne, wymioty po wypiciu kilku łyżek mleka, zmieszane z żółcią. Zastosowano lewatywę z wina z makowcem i zrobiono podskórne wstrzykiwanie morfiny (0·01). Noc spokojna.

26/5. Ciepłota 36·3, wymiotów nie było. Bóle dość znaczne w brzuchu, zwłaszcza, że pojawił się uporczywy kaszel, — leczenie to samo co wczoraj. Wieczorem ciepłota 38·2.

27/5. Ciepłota 37·8. Kaszel dość znaczny, bóle w brzuchu dość znaczne, wymioty żółciowe dwa razy, stolec dość obfity. Podano krople laurowe. Wieczór 38·3.

28/5. Ciepłota 37·2. Kaszel nieco mniejszy, wymioty raz przez dzień.

31/5. Ciepłota 37·4. Kaszel ustał, wymiotów od wczoraj nie było, bóle w brzuchu mierne. Rana brzuszna zgojona *per primam*, wyjęto szwy głębokie.

1/6. Chora bez mego pozwolenia wyjechała do domu, o pięć mil od Lwowa.

Następną wiadomość miałem w dniu 12 czerwca. Stan chorej był znośny, siły się znacznie poprawiły, wymioty występują od czasu do czasu.

Dnia 26/8, zatem prawie w trzy miesiące po operacyi, stan chorej prawie nie zmieniony, tylko guz nowotworowy znacznie się powiększył.

Zbierając wyniki powyższych 4 przypadków, dochodzę do następujących wniosków:

Rak żołądka powinien być przedmiotem leczenia chirurgicznego, a lekarz wezwany do udzielenia porady powinien choremu przedstawić konieczność wczesnéj operacyi. Zapewne wydarza się nieraz, że pacyjent dotknięty rakiem żołądka, zglasza się nieraz zbyt późno, jak to bywa niestety często z rakiem macicy, zdaje mi się jednak, że przecie częściéj dostawałyby się w ręce chirurgów świeże przypadki raka żołądka, gdyby wszyscy lekarze zaraz po stwierdzeniu téj choroby, przedstawili choremu bez ogródek operacyję, jako jedyny możliwy sposób uwolnienia go od cierpień.

Dodałbym nawet, że do odesłania chorego do rąk operatora, nie konieczne jest stanowcze stwierdzenie raka; ugruntowane podejrzenie tego cierpienia powinnoby być wskazaniem do wykonania laparatomii probierczéj. Do postawienia tego żądania uprawnia nas to, że laparatomija probiercza należycie wykonana nie pociąga sama przez się żadnych złych skutków, natomiast zaś umożliwia wczesne rozpoznanie choroby, wcześnie zaś wykonana resekcyja odźwiernika daje wyniki coraz to lepsze, tak bezpośrednie jak i następowe, tj. i śmiertelność po operacyi staje się wraz z udoskonaloną techniką coraz mniejszą i przypadki długotrwałego wyleczenia częstsze po wcześnie wykonanéj operacyi.

Jako najodpowiedniejszy sposób operowania nowotworów odźwiernika w wczesnym okresie uważam resekcyję wykonaną w sposób podany i opisany kilkakrotnie z kliniki Billrotha, którego też z pomyślnym skutkiem używałem w swoich dwóch przypadkach. Modyfikacyja podana przez Kochera [1]) jako tak zwana gastroduodenostomia, wydaje mi się zbytecznem wikłaniem operacyi, a nawet obawiałbym się, aby bliskie sąsiedztwo dwóch linij szwów w ścianie żołądka, tj. szwu zamykającego i szwu łączącego dwunastnicę z nowym otworem w żołądku, nie pociągnęło za sobą tem łatwiéj obumarcia brzegów w lini szwu zamykającego. Wątpię też, aby w ten sposób operacyja dała się wykonać prędzéj niż dawnym sposobem.

Główny nacisk przy operacyi kłaść należy na dokładność szwów, gdyż ich rozejście się może pociągnąć za sobą śmierć chorego.

Zestawienie z kliniki Billrotha [2]) wykazuje n. p. że na 21 chorych zmarłych po resekcyi żołądka 17 razy przyczyną śmierci było rozejście się szwów. To też Meinhardt Schmidt [1]) radzi przekonać się o należytem zamknięciu lini szwów przez wprowadzenie zgłębnika do żołądka i rozdęcie tegoż powietrzem. W moich przypadkach tego sposobu nie używałem dlatego, aby nie przedłużać operacyi a powtóre, że sposób ten nie wydaje mi się pewnym, chybaby rozdąć żołądek do maximum, co znów samo przez się może nadwerężyć szwy świeżo założone. Dokładnie założony trójrzędowy szew, jak to wyżéj opisałem a nadto kilka szwów węzełkowych w miejscu zetknięcia się szwu zamykającego i okrężnych wystarcza do dokładnego zamknięcia i zespojenia światła żołądka i dwunastnicy.

¹) *Verhandlungen des XIX Congresses d. d. Gesell. f. Chir.* — ²) Eiselsberg 62 *Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Heidelberg* 1889.

Używanie lub nieużywanie uciskadeł wydaje mi się rzeczą podrzędną, a jeżeli żołądek jest należycie wypłukany i próżny a nadto lekko uciśnięty przez podłużny czterogłowowy kompres z gazy, to ucisk palcami wprawnego asystenta wystarcza zupełnie do zapobiegnięcia wylaniu się treści żołądka i dwunastnicy, a natomiast odpada potrzeba oddzielenia znaczniejszego kiszki lub zrobienia nowego otworu dla uciskadeł, nadto pozwala na zupełnie pewne i dokładne zatamowanie krwotoku z ścian żołądka, któréj to pewności przy zastosowaniu uciskadeł mieć nie możemy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Z pracowni chemiczno-lekarskiéj przy szpitalu powszechnym we Lwowie.

Przyczynek do nauki o bielicy.

Podał
Dr. Józef Wiczkowski,
przełożony pracowni.

Literatura o bielicy od czasu odkrycia téj choroby przez Virchowa t. j. od roku 1845 znacznie się wzbogaciła, przeszło bowiem 200 przypadków jest opisanych. Mimo to nie wahałem się przedstawić opisu choréj na bielicę obserwowanéj przezemnie na oddziale II szpitala lwowskiego — dzięki uprzejmości kol. Opolskiego, gdyż na to zasługuje każdy przypadek téj dość rzadkiéj i nader ciekawéj choroby, któréj geneza, dyjagnoza, przebieg, zmiany we krwi i w moczu nie są we wszystkich szczegółach dokładnie zbadane, albo przynajmniej jest jeszcze dużo kwestyj spornych.

Ewa H., lat 34 licząca, niezamężna, matka jednego pięcioletniego dziecka. O ile od mało inteligentnéj pacyjentki dowiedzieć się można, nie przebywała kiły, ani zimnicy, ani żadnéj z ciężkich chorób zakaźnych, nie oddawała się opilstwu i nie doznała cięższego urazu. Tylko miała przebywać w r. 1890 w jesieni jakąś chorobę połączoną z krwotokami jelitowemi, od których datuje początek swéj obecnéj choroby. Mianowicie wkrótce po téj chorobie poczuła guz w okolicy pępka, który rosnąc, przesuwał się na stronę lewą; równocześnie coraz więcéj bladła i ze sił opadała, wieczorami występowała gorączka naprzemian z potami, nogi poczęły brzęknąć, przez co stawała się z każdym dniem mniéj zdolną do pracy, co ją ostatecznie skłoniło do szukania pomocy w szpitalu.

Status praesens: Budowa dobra, odżywienie bardzo liche, podściółka tłuszczowa zanikła, skóra barwy szaro-żółtawéj, na skórze nie ma żadnych guzków limfatycznych. Gruczoły limfatyczne nie powiększone. Błony śluzowe dostępne badaniu blade, mięśnie słabo rozwinięte, kończyny dolne lekko obrzękłe. Kości długie nie bolesne, mostek w dolnéj swéj połowie przy dotyku nieco bolesny. W szczycie płuca prawego tak z przodu jak i z tyłu lekkie przytłumienie odgłosu wy-

¹) *Centrablatt f. Chir.* 1890 Nr. 14, 1891 Nr. 34.

pukowego, tamże wdech zaostrzony, wydech słyszalny. Z tyłu u dołu po lewéj tarcie opłucnowe na małéj przestrzeni. Rozmiary serca nieco na prawo powiększone, tony miękkie ale czyste; ilość uderzeń serca 80—90 na minutę. Ciepłota, jak się z obserwacyi choréj przekonałem, przebiegała rozmaicie i były dnie, w których ciepłota zachowała się prawidłowo, lecz często chora gorączkowała bez żadnéj przyczyny, ranna ciepłota wynosiła między 36—37, wieczorna między 38 do 40° C. Brzuch stożkowato wypuklony, pępek wygładzony. Wypuk śledziony poczynał się od 7 żebra, a brzeg jéj dolny sięgał do spojenia łonowego; brzegiem prawym przekracza linije środkową, brzeg zaś lewy gubi się w głębi. Długość jéj wynosi 35 ctm., a szerokość około 15 ctm. Tarcia otrzewnowego nie można wyczuć, natomiast dokładnie słyszeć się dały szmery naczyniowe równoczesne z uderzeniem serca. Wątroba sięga na trzy palce poniżej łuku żebrowego, brzeg jéj ostry, a powierzchnia przy dotyku bardzo bolesna. Apetyt mierny, stolec nieregularny, częstokroć rozwolnienie.

Miesiączka nieregularna, obfita i bolesna.

Mocz barwy nasycono winowo żółtéj, oddziaływania wybitnie kwaśnego, cięż. gatunk. 1·028—1·032. Ilość mocznika oznaczona metodą Liebiga-Pflügera wynosiła 1·2—1·4%, ilość kwasu moczowego 2·8—3·1° grm. pro die. Mocz zawierał białko w ilości 0·08%. W osadzie znajdowały się bardzo liczne ciałka ropne, nader pojedynczo szkliste wałeczki Belliniego, moczany i liczne kryształki kwasu moczowego. Z szczególniejszym naciskiem podnoszę, że w moczu świeżym (w dwu litrach) nie znalazłem kwasu mlekowego, znalazłem go dopiero w moczu uległym kwaśnemu kiśnieniu. Natomiast wykazałem ksantynę i hypoksantynę.

Kol. Kicki zbadał dno oczu i podaje: Chora skarży się, że na oku prawem czuje lekkie zamglenie. Powieki normalne, środki łamiące czyste. Badanie wziernikowe wykazuje: Oko lewe (w obrazie odwrotnym): Tarcza nieco zamglona, od strony zewnętrznéj brzeg tarczy zamazany, naczynia żylne pokręcone, silnie wypełnione. W obrazie prostym: Ustawienie nadmiarowe na 1·5 diopt. Tarcza nieco zamglona, naczynia żylne silnie wypełnione i pokręcone; zresztą obraz normalny.

Oko prawe: Brzeg tarczy w całości zamglony, jakoteż część siatkówki do brzegu dotykającéj. W obrazie prostym: Tarcza silnie zamglona, również siatkówka na około tejże; ani wybroczyn, ani wysięków dostrzedz nie można.

Badania krwi dokonałem kilkakrotnie w różnych stadyjach choroby tak co do ilości ciałek krwi czerwonych i białych, stosunku ich ilości do siebie, jako téż co do zawartości hemoglobiny. Ilość ciałek krwi czerwonych i białych obliczałem za pomocą Thomy-Zeissa używając rozczynu Toisona, a ilość hemoglobiny za pomocą przyrządu Fleischla i przyrządu Bizzozery. Podczas stanu gorączkowego największa ilość ciałek czerwonych wynosiła 4.200.000, ciałek krwi białych 112.000 a jednym sz. mm., a stosunek ich do siebie wynosił 1:37; w stanie bezgorączkowym zaś (w tydzień późniéj) ilość ciałek czerwonych 3.600.000, białych 168.333, stosunek ich do siebie 1:17. Ilość hemoglobiny 60—55%.

Dla preparatów mikroskopowych wydobywałem krew z palca, poddawałem działaniu ciepłoty 115°C. przez kilka godzin, a następnie barwiłem w sposób znany hematoksyliną i eozyną lub metodą Hubera (aurantia, indulin i eozyna), niektóre preparaty poddawałem przed barwieniem zapomocą hematoksyliny i eozyny działaniu kwasu pikrynowego. Obraz mikroskopowy przedstawiał się jak następuje: Ciałka krwi czerwone są różne tak co do kształtu jak i co do wielkości, są małe, dwuwypukłe (mikrocyty), którym Maks Schultze nadaje pewne znaczenie w bielicy, są duże (megaloblasty), a z tych niektóre opatrzone jądrem, tak zwane przechodnie lub jądrzaste ciałka czerwone; obok zwykłych kształtów widzimy ciałka czerwone wrzecionowate, gruszkowate, półksiężycowe itp. w ogóle przedstawiające obraz w małym stopniu zwany przez Quinckego *poikylocytosis*.

Ciałka białe występują również w kilku postaciach; są małe ciałka białe mniejsze od ciałek czerwonych, w całości prawie wypełnione jądrem, mniej lub więcéj wybitnie niebiesko zabarwionem, przeważną zaś ilość stanowią ciałka białe duże, większe od ciałek czerwonych, zawierające jedno lub więcéj jąder. Niektóre z nich okazują wybitną karyokinezę, opisaną przez Cornila na podobnych komórkach szpiku kostnego. Komórki te dla odróżnienia od ciałek białych, znajdujących się we krwi prawidłowéj, nazwano komórkami rdzennemi (*Markzellen*, *Cellules medullaires* Cornila), których we krwi prawidłowéj wcale nie ma. Między temi ciałkami dużemi szczególniejszą uwagę zwracają na się ciałka eozynowe, tj. pierwoszcze przepełnione ziarnkami różowo zabarwionemi okala jądro błękitnie zabarwione. Nadto tu i ówdzie widzieć się dają gromadki ziaren również różowo zabarwionych od eozyny, pochodzące prawdopodobnie z rozpadu ciałek białych; Bizzozero zaś uważa je za produkt rozpadu przez siebie opisanych krążków krwi.

W świeżéj krwi wydobytéj wprost ze śledziony zapomocą punkcyi, znalazłem po bardzo starannem przeszukaniu kilku preparatów zaledwie kilka kryształków Charcot-Neumanna. Przytem zauważyłem, że hemoglobina rychło wydzielała się w charakterystycznych kryształkach, które również szybko się rozpadały. Dodaję oraz, że schizomycetów opisanych przez Klebsa nie znalazłem.

Na podstawie powyższych danych nie wahałem się rozpoznać w tym przypadku bielicę i to bielicę przewlekłą, śledzionowo-szpikową. Chora po półtoramiesięcznym pobycie w szpitalu opuściła zakład na własne usilne żądanie, dokąd wróciła na kilka godzin przed śmiercią.

Sekcyja jéj zwłok przedsięwzięta przezemnie w zastępstwie Prof. Dra Feigla w obecności kolegów szpitalnych wykazała: Na skórze szczególnie brzucha i całego tułowiu znajdują się liczne garbki limfatyczne dokładnie zbadane i opisane przez śp. Biesiadeckiego wielkości grochu, niektóre z nich wypełnione cieczą ropną. Nieznaczny naciek w szczycie płuca prawego, a na przekroju płuc przy ucisku wydobywają się liczne skrzepy włóknikowe z większych naczyń. Komórka prawa nieco rozszerzona, mięsień sercowy okazuje zmiany zwyrodnienia brunatnego. Komórki jako téż większe naczynia wypełnione skrzepami krwi zielonkowato żółtemi. Wątroba waży 3.5 klgr., śledziona 2.5 klgr., długość śledziony wynosi 35 ctm., szerokość 17 ctm. Gruczoły pozaotrzewnowe jakoteż kiszkowe są nieco powiększone. Szpik kostny jasno-czerwony z żółtemi smugami. Już w dniu sekcyi znalazłem bardzo liczne kryształki Charcot-Neumanna w szpiku kostnym, śledzionie, wątrobie a nawet w skrzepach krwi i to w znacznéj ilości.

Oceniając opisany przypadek ze stanowiska krytycznego, widzimy najpierw, że potwierdza zdanie Neumanna, według którego niema czystéj bielicy śledzionowéj, tak samo jak niema czystéj bielicy gruczołowéj. Za źródło wyjścia téj choroby uważa Neumann szpik kostny; rzadko kiedy choroba zatrzyma się na bielicy szpikowéj, najczęściéj do téj formy dołącza się bielica śledzionowa lub gruczołowa lub obie razem i w ten sposób mamy przed sobą obraz bielicy mięszanéj. I nasz przypadek przedstawia obraz bielicy mięszanéj śledzionowo-szpikowéj. Już z badania fizycznego w obec objawów ze strony krwi nie ulegało wątpliwości, że znacznie powiększona śledziona jest źródłem choroby; kości zaś przy uderzaniu były niebolesne z wyjątkiem jednego ograniczonego miejsca w dolnéj połowie mostka, nie znalazłem także ciałek krwi czerwonych, któreby zawierały w sobie krople tłuszczu, które Mosler opisał.

Natomiast znajdujemy ciałka krwi jądrzaste, duże leukocyty z dużemi jądrami, znajdujemy duże ciałka eozynowe, których początek Einhorn wywodzi ze szpiku kostnego. — Wprawdzie tak ciałka krwi jądrzaste, jakoteż leukocyty eozynowe mogą pochodzić również i z śledziony, jednak nabierają one znaczenia jako pochodne z szpiku dopiero obok dużych leukocytów (komórki rdzenne). Te ostatnie bowiem

pochodzą wyłącznie z szpiku kostnego. Małe ciałka białe, mniejsze aniżeli ciałka krwi czerwone, zawdzięczają wprawdzie swój początek gruczołom limfatycznym i rzeczywiście znajdują się w zwiększonéj ilości w formie bielicy gruczołowéj, lecz również zródłem ich może być i śledziona, zwłaszcza, gdy ciałka Malpighiego są chorobowo zajęte. Nasz przypadek dowodzi również pochodzenia tychże małych ciałek białych z śledziony, gdyż gruczoły limfatyczne wcale nie były powiększone z wyjątkiem gruczołów kreskowych, jak to sekcyja wykazała.

Ilość ogólna białych ciałek krwi w powyższym przypadku zależała od stopnia ciepłoty; mianowicie podczas gorączki zmniejszała się, a wzmagała się w stanie bezgorączkowym.

Wpływ ten ciepłoty na leukocytozę a względnie na narządy krwiotwórcze nie jest przypadkiem odosobnionym. Eisenlohr opisuje przypadek bielicy, w którym śród téj choroby wystąpiła gorączka o charakterze durzycowym z obfitemi krwotokami z nosa. Ilość ciałek krwi białych tak się była zmniejszyła, że na szczycie gorączki nie można było rozpoznać bielicy, tem mniéj, że tak śledziona jako też gruczoły limfatyczne znacznie się zmniejszyły. Ze spadkiem gorączki wystąpił napowrót wybitny obraz bielicy. W przypadku bielicy przez Heucka opisanym zapalenie wysiękowe opłucny wpłynęło na zmniejszenie się ilości leukocytów; Müller zaś widział zmieniony na korzyść stosunek składników krwi pod wpływem *sepsis*, która się rozwinęła po przetoczeniu krwi dla celów leczniczych. Wpływ więc korzystny podwyższonéj ciepłoty na skład krwi w bielicy zdaje się być niezaprzeczonym, jakkolwiek równorzędnie z tym objawem nie następowało polepszenie ogólnego stanu zdrowia ani w moim przypadku, ani też w przypadkach powyżéj wymienionych.

Z pomiędzy ciałek białych znajdujących się we krwi chorych na bielicę wyróżniają się swą ważnością ciałka eozynowe. Ciałka eozynowe znajdują się stale we krwi prawidłowéj ludzkiéj i zwierząt ssących, choć w bardzo małéj ilości; większą ich ilość uważają za charakterystyczny objaw bielicy. Tymczasem znane są przypadki chorobowe nie-bielicy, w których ilość ciałek eozynowych nietylko dorównywa ilości tychże w bielicy, lecz nawet przewyższa; tak n. p. w niektórych przypadkach niedokrewności, w marskości wątroby, w kile wątroby i t. d. (F. Müller i H. Rieder), w dychawicy (Gabryszewski). Wspomnieć tu również należy, że obecność ich wykazano nietylko we krwi; Müller, Gollasch, Leyden znajdują je, i to w dość sporéj ilości, w plwocinach astmatyków, ja je znajduję w osadach moczu w niektórych przypadkach nieżytów pęcherzowych i zapaleń nerek. (Podanie bliższych szczegółów co do ciałek eozynowych w osadach moczowych zastrzegam sobie na późniéj).

Wobec tych danych nasuwa się wątpliwość, ażali można na zwiększonéj ilości ciałek eozynowych opierać rozpoznanie bielicy. Zdaje się, że w przyszłości nie tyle ich ilość, ile jakość będzie rozstrzygać w rozpoznaniu bielicy. Jak już poprzód wspomniałem, w naszym przypadku były ciałka eozynowe małe i duże; małe są to najprawdopodobniéj zwykłe składniki krwi, które powstały przez jakieś przeobrażenie z ciałek białych nieeozynowych (Maks Schultze), badane bowiem na stole mikroskopowym ogrzanym okazują się jako obdarzone ruchem (Löwit, Maks Schultze) a jądro ich barwi się żywo safraniną; duże zaś są to napływowe ze szpiku kostnego, których wcale nie ma we krwi prawidłowéj, a więc należące do kategoryi dużych komórek czyli komórek rdzennych (*cellules medullaires* Cornil), okazujące na stole mikroskopowym ogrzanym mało albo wcale żadnego ruchu, a jądro barwi się słabo safraniną. Duże więc ciałka eozynowe, według dotychczasowych pojęć, znajdują się tylko w bielicy bez względu na to, czy bielica przeważnie śledzionowa czy gruczołowa, gdyż w każdym razie szpik kostny jest chorobowo zajęty; znaczenie ich dyjagnostyczne tem większe, gdy je znachodzimy obok komórek rdzennych nieeozynowych, obok ciałek krwi jądrzastych, chociażby ilość ciałek eozynowych w ogóle była nieznaczną. A porównywając leukocytozę daleko posuniętą z bielicą, widzimy, iż w leukocytozie są tylko takie składniki, które się znajdują we krwi prawidłowéj, tylko w stosunku do siebie odmiennym, w bielicy zaś znajdują się twory, jakich we krwi prawidłowéj wcale nie ma. Stąd też słusznie twierdzi Müller, że najprowdopodobniéj rozpoznanie bielicy opierać się będzie nie tyle na ilości ciałek eozynowych, ile raczéj na ich jakości i wogóle na jakości ciałek białych, a ztąd koniecznem będzie badanie krwi świeżo wypuszczonéj na stole mikroskopowym ogrzanym celem stwierdzenia bielicy.

Drugim ważnym składnikiem krwi, który ma mieć również znaczenie dyjagnostyczne, są kryształki Charcot-Neumanna. Zenker, Cohnheim, Jaksch, Eichhorst znajdowali te kryształki dopiero w zwłokach, a mianowicie we krwi, szpiku kostnym i śledzionie, częstokroć dopiero po zgniciu; co szczególniejsza, że Neumann nie znalazł ich w jednym przypadku nawet po dłuższem gniciu. Tymczasem Westphal i Prus wykazali je we krwi świeżéj wydobytéj wprost ze śledziony; obojętnem jest według Westphala, czy poszukujemy kryształków na stole mikroskopowym ogrzanym czy na nieogrzanym, byle badać rychło tuż po wydobyciu krwi ze śledziony.

W moich preparatach krwi wydobytéj ze śledziony znalazłem zaledwie kilka kryształków Charcot-Neumanna ustawionych charakterystycznie, t. j. stycznie do ciałek białych; natomiast sporą ich ilość znalazłem zaraz po dokonaniu sekcyi w każdym preparacie ze szpiku kostnego, ze śledziony i z krwi, a najwięcéj ich było w skrzepach włóknikowych krwi. Niepodobna na powyższych szczupłych danych budować wnioski dyjagnostyczne; w każdym jednak razie nasz przypadek i pod tym względem może w literaturze bielicy oddać usługi.

Co do zachowania się składników moczu w bielicy nasz przypadek niczem się nie różnił od innych opisanych. Wybitnie i charakterystycznie była zwiększoną ilość kwasu moczowego, 2·8—3·1 grm. *pro die*, prawdopodobnie kosztem mocznika, którego ilość wynosiła 1·2—1·4% (nie stosunkowo do ciężaru gatunkowego). Pierwszą myślą, jaka się nasuwa dla wytłomaczenia tego zjawiska, byłoby, że istoty białkowe wskutek ubytku w bielicy ciałek krwi czerwonych, tych przenośników tlenu, nie utleniają się na najwyższy produkt azotowy, t. j. na mocznik, tylko że utlenienie pozostaje na niższych tworach, na kwasie moczowym, nawet na ksantynie i hypoksantynie, które istotnie w tym przypadku wykazałem. Lecz równie słusznie przypuścićby można, że tak kwas moczowy jako też ksantyna i hypoksantyna są wprost wytworami ciałek krwi białych, a na uzasadnienie tego twierdzenia mogę podać, że w śledzionie i skrzepach krwi włóknikowych znalazłem sporą ilość ksantyny i hypoksantyny.

Na razie więc rzecz ta czeka rozstrzygnięcia, również jak i kwestyja obecności w moczu kwasu mlekowego, którego nie znalazłem w moczu świeżo wydzielonym, również jak Salkowski, Nencki i Sieber, Hempel.

Wreszcie pozwolę sobie dorzucić słów kilka w sprawie etyjologii opisanego przypadku bielicy. Za jedyny punkt oparcia możnaby przypuścić niedokrewność, która mogła wystąpić po krwotokach kiszkowych, o których chora wspominała, w tem przypuszczeniu, że niedokrewność przeszła i rozwinęła się w bielicę chroniczną. W literaturze są znane przypadki przejścia niedokrewności czy to zwykłéj czy złośliwéj w bielicę, lecz w tych wszystkich przypadkach występowała bielica ostra i kończyła się śmiertelnie najdaléj do 9 tygodni, u naszéj zaś choréj choroba trwała co najmniéj 8—10 miesięcy. Wspomniałem o tem, bo może przyszłe przypadki potwierdzą moje powyższe przypuszczenia.

III. O nowych metodach leczniczych w chorobach skóry z szczegółowem uwzględnieniem mydeł Eichoffa.

Napisał

Dr. Henryk Mendelsburg.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2.)

Mule maściowe zajmują pośrednie miejsce między klejami a mulami plastrowemi, posiadają one także własność wciągania wilgoci, tłem bowiem ich jest gaza maściami napojona Wskazane są one w tych chorobach skórnych, w których mamy skąpą sekrecyję i mały naciek. Używać ich możemy tylko na miejscach ograniczonych, wycinając odpowiednie kawałki, które opaskami przymocowujemy. — Beiersdorf z Hamburga wyrabia z polecenia Unny 4 odmiany: mul cynkowy, ichtyolowo-cynkowy, ołowiowo-karbolowy (w zastępstwie maści Hebry) i cynkowo-precipitatowy.

Plastry gutaperchowe składają się z cienkiego mulu gutaperchą szczelnie impregnowanego, na którym za pomocą gumy rozpostarty jest jednostajnie lek bez żadnéj przymieszki. Różnią się zatem od zwykłych plastrów tem, że nie posiadają żadnego łącznika w kształcie tłuszczów lub drażniących żywic i że szczelniéj do skóry przylegają. Prócz tego zawierają więcéj leku, bo jego ilość zawsze może być większą, aniżeli w plastrach dawnych, u których część mniejszą stanowił lek a większą objemiec. Gutaperchа zaś jest więcéj nieprzepuszczalną niż płótno, choćby żywicą lub woskiem posmarowane. Dawka rozpostartego leku jest niejednostajną; na téj samej jednostce płaszczyzny plastra może być więcéj lub mniéj leku rozdzielonego, w ten sposób otrzymujemy silniejsze i słabsze plastry. Działanie jego jest podobne jak nieprzepuszczalnego okładu wysychającego. — Płaszczyzna skóry hermetycznie plastrem przykryta, nie oddaje na zewnątrz pary wodnéj i ciepła. Wskutek tego skórę przenika wilgotne ciepło, które wywołuje jéj zmięknienie, następuje bowiem rozluźnienie komórek przyskórka i włókien właściwéj skóry. Lek więc na plastrze rozpostarty głębiéj w miąższ skóry może się dostać. Z powodu zwiększonéj zaś ciepłoty następuje większy dopływ krwi do skóry, a zatem i lepsze jéj odżywienie, a co za tem idzie, i wessanie starych złogów.

Unna sporządził początkowo 4 plastry: rtęciowo-karbolowy w celu poronnego leczenia czyraków, dymienic; resorcynowo-ichtyolowy w różnych formach wyprysków suchych, *acne rosacea* itd.; salicylowo-kreozotowy specyjalnie przeciwko wilkowi i plaster cynkowy.

Nowe te metody Unny przewyższają metodę maściową pod wieloma względami. Są skuteczniejsze, bo działalność ich oparta jest na podstawie czynności fizyjologicznych, i zmian patologicznych skóry, leczenie niemi odznacza się czystością, nie mamy tu bowiem do czynienia z tłuszczem lepiącym się i walającym chorego i lekarza, lecz z opatrunkami suchemi bielizny nie niszczącemi, które są bez woni, a zatem pacyjenta nie zdradzają. Opatrzony niemi może się oddawać bez przeszkody pracy zawodowéj i życiu towarzyskiemu. Z tego powodu przyjęły się też plastry w lecznictwie chorób skórnych powszechnie.

Mają jednakowoż one i swą ujemną stronę. Nie można ich stosować na wielkie obszary skóry (*psoriasis*, *prurigo* itd.), a z trudnością na te części, które są bujniéj włosami pokryte, wobec chorób zaś skórnych uwłosienie głowy zajmujących są wprost niemożliwe. Zdejmowanie bowiem ich, czy to klejów czy plastrów, z miejsc uwłosionych jest bolesne Manipulacyja z klejami jest dość uciążliwą, trzeba je najpierw rozpuszczać a więc ogrzewać, a przy zdejmowaniu znów to samo czynić. Skutkiem tego starał się kleje żelatynowe prof. Pick z Pragi ulepszyć[1]). Zamiast żelatyny proponuje on gumę tragakantową, która powoli twardnieje. Czy kleina Picka się okaże praktyczną, przyszłość pouczy.

Sposoby lecznicze w chorobach skórnych nie kończą się na tych metodach, bo pomysłowość Unny doskonali rzecz daléj. Myśl Unny podejmuje Eichoff, rozszerza ją i mamy przed sobą nową metodę, która nietylko wypełnia istniejące luki, ale całą dermatoterapiję upraszcza. Mam tu na myśli mydła lecznicze Unny-Eichoffa. Tworzenie mydeł leczniczych nie jest właściwie wyłączną zasługą Unny, bo już Auspitz w r. 1867[2]) wpadł na myśl łączenia leków w dermatologii używanych z mydłem, zbawienne bowiem działanie mydeł jako takich na skórę było oddawna znane. Pomijam tutaj dawne przetwory mydlane więcéj wewnętrznie niż zewnętrznie chętnie używane i ważną rolę dawniéj odgrywające (*sapo olei ceti*, *olei jecoris aselli*, *olei citri* itd.) jako już do historyi należące, przypominam tylko przetwory, których używania w patologii skóry Hebra nas nauczył, jak *sapo kalinus seu viridis* lub *spiritus saponato-kalinus Hebrae.* Zalecał on szare mydło w świerzbie jako leczenie przygotowawcze i w chorobach skóry polegających na zwiększonéj produkcyi gruczołów i przyskórka lub w celu usunięcia takowego, także w chorobach skóry grzybkowych[3]). Przetwory Hebry należą do mydeł płynnych czyli potasowych, Auspitzowi zaś szło głównie o to, aby leki łączyć z mydłami twardemi na preparaty trwałe i stałe, jedną całość stanowiące. Do tworzenia mydeł używał 1 części ługu sodowego i 2 części mięszaniny łoju wolego z olejkiem kokosowym, do którego lek w dawce oznaczonéj dodawał. Masę tę wlewał w formy, a kiedy stwardniała, odpowiednio opakowawszy w handel puszczał. W ten sposób utworzył dość znaczną ilość mydeł, jak np. *sapo benzoatus*, *s. camphoratus*, *s. vitellinus*, *s. sulfuratus*, *s. piceus*, *s. sty-*

[1]) *Ueber die Anwendung eintrocknender Linimente bei der Behandlung der Hautkrankheiten. Pr. med. Wschrft.* Nr. 21, 1891. — [2]) Auspitz; *Die Seife u. ihre Wirkung auf die Haut.* Leipzig 1867. — [3]) *Virchows spezielle Ther. u. Path.* Bd. III.

racis, s. boracis, s. tannicus itd. Nie mogły się jednak przyjąć, bo były nietrwałe, szybko lek w sobie zawarty wydzielały i rozkładały.

Rzecz cała przycichła aż do roku 1885. W roku tym wystąpił Unna [1]) z nowym sposobem sporządzania mydeł leczniczych, a główną jego zasługą jest, iż podał przepis, jak się ma robić mydła, aby z lekiem złączone tworzyły preparat stały i nie psujący się. Eichoff [2]) rzecz prowadząc dalej udoskonalił ją [3]), a oprócz niego zajmuje się dziś mydłami leczniczemi także docent Mraček w Wiedniu, zachwalając bardzo ich stosowanie [4]).

Myśl łączenia leków w dermatologii używanych z mydłami była bardzo korzystną, mydło bowiem jako takie przez swe własności i powinowactwo do skóry, raczéj w dziedzinę dermatologii aniżeli hygijeny wkracza. Działanie mydła na skórę jest dwojakie, t. j. mechaniczne i fizyjologiczne. Nagromadzony przyskórek obumarły razem ze znajdującym się na powierzchni tłuszczem, potem i pyłem, zmywa i oddala, ułatwia więc z jednéj strony odpływ produktów fizyjologicznych, z drugiéj usuwa szkodniki pasorzytnicze, które w nich na powierzchni skóry się usadowiły, a zatem działa jako antisepticum. Z tłuszczem przyskórka jakoteż gruczołów tworzy zawiesinę częściowo go zmydlając, oczyszcza więc przewody gruczołów i chroni od zapchania, czyniąc to zaś wydobywa z tychże przewodów pasorzyty tamże zagnieżdżone. Własność ta mydła jest bardzo ważną. Dotychczas za pomocą maści nie można było wejść w same przewody gruczołów, tem mniéj jeżeli one były zapchane. Starano się silnem wcieraniem przezwyciężyć zaporę, nie można tego jednak czynić w chorobach, w których zadrażnienie mechaniczne jest szkodliwe. Dlatego przedtem w zastarzałych przypadkach, jeżeli chciano wysadzić pasorzyta z zaułka (*herpes tonsurans*), musiano za pomocą leków ostrych, drażniących, wywoływać ostre zapalenie ropne, aby ropa przebijając się z wewnątrz ku zewnątrz, pasorzyta częściowo z ukrycia wysadziła.

Mydło oswobadzając przewody gruczołów i powierzchnię skóry z produktów fizyjologicznych lub patologicznych wspiera jéj przewiew, a zatem i przemianę pierwiastków, skutkiem czego odżywienie jéj staje się lepszem.

Skóra nareszcie ma własność nadzwyczaj szybkiego resorbowania piany mydlanéj. Przekonać się o tem każdy może przy myciu. Jeżeli pewną część skóry powleczemy cienką warstwą piany mydlanéj, spostrzeżemy, że ta w oczach naszych z dziwną szybkością gdzieś znika. Czy ona ulatnia się w powietrze? Nie. Jestto własnością komórek przyskórka i gruczołów skóry, iż tak jak bibuła wodę, one mydło w siebie wciągają. I na téj własności polega owe zjawisko znikania mydła. Z pianą mydła wsiąka także lek w niéj rozpuszczony. Mydło więc jest najlepszym objemcem dla leków skórnych, podnosi bowiem odżywienie skóry, ułatwia odpływ jéj produktów i formalnie lekiem ją impregnuje.

Szło teraz tylko o to, ażeby stworzyć mydło trwałe i niezmieniające leku w nim zawartego. Udało się to Unnie przez utworzenie tak zwanych mydeł przetłuszczonych (*Ueberfettete Seifen, sapo hyperadipatus*). Mydła zwykłe toaletowe zawierają pewną ilość wolnéj zasady, oddziaływają też alkalicznie i nie nadają się do fabrykacyi mydeł leczniczych, bo z lekiem się nie znoszą, rozkładając takowy. Jeżeli jednak przy fabrykacyi użyjemy tyle tłuszczu, iż po połączeniu się z zasadą na mydło pozostaje jeszcze pewna część tłuszczu nie zmydlonego, to mydła takie nazywamy przetłuszczonemi. Mydło lekarskie dlatego powinno być przetłuszczonem, bo w połączeniu z lekiem się nie rozkłada i jako takie długo przechowane być może, oddziaływa bowiem nie alkalicznie, lecz słabo-kwaśno, pewna bowiem ilość kwasów tłuszczowych jest wolną. Nadmiar zaś tłuszczu przyczynia się do tego, iż skóra przy jego użyciu nie zostaje przez lek zbyt drażnioną. Chcąc więc produkować mydła Unny Eichoffa, trzeba je tworzyć o innym składzie aniżeli te, których się powszechnie do zwykłego mycia używa, a czynność tę oddać należy albo aptekarzowi albo zaufanemu i z uczciwości znanemu mydlarzowi; w miarę bowiem postępu tworzenia mydeł lekarskich na drodze naukowéj podniosła oczywiście głowę szarlataneryja i chęć niesumiennego wyzysku. Nie rzadko też zdarza nam się czytać śród inseratów przeróżnych gazet reklamy dla różnych mydeł lekarskich, jako panacea na różne choroby skórne. Mydła te tworzą zazwyczaj fabrykanci, dla których produkcyja samych mydeł toaletowych jest niewystarczającą. Zazwyczaj mydła toaletowe nie są w ścisłem tego słowa znaczeniu czystemi mydłami, ale raczéj mięszaniną różnych domieszek w celu większego zysku lub łatwiejszéj i tańszéj produkcyi dodanych, boć mydłem nazwiemy tylko to ciało chemiczne, które z połączenia odpowiedniéj ilości alkaliów z odpowiednią ilością tłuszczów powstaje. Niesumienni fabrykanci dodają do mydeł często żywicę, mąkę, krochmal, krem lub w celach zabarwienia wątpliwéj czystości barwiki. Trudno się więc spodziewać, aby tego rodzaju fabrykanci, którzy nadto nie mają najmniejszego pojęcia o dawkowaniu leków, mogli i chcieli mydła podług przepisu Eichoffa sporządzać. Do fabrykacyi mydeł leczniczych wtedy tylko można mieć zaufanie, jeżeli pozostaje ono pod kontrolą lekarza znawcy. Fabrykacyja mydeł Eichoffa właśnie pod taką kontrolą się znajduje, dlatego tylko te mydła dają wszelką gwarancyję skuteczności.

Unna zaleca do tworzenia mydeł brać czysty łój woli z mięszaniną dwóch części ługu sodowego i jednéj potasowego. Do przetłuszczenia zaleca czystą oliwę. Eichoff zmodyfikował ten przepis o tyle, iż do przetłuszczania używa mięszaniny 2 części oliwy z 3 częściami lanoliny. Lanolina jako tłuszcz zwierzęcy ma do skóry większe powinowactwo, prócz tego posiadając własność pochłaniania wody, przyczynia się do lepszego pienienia mydła. Dopiero do mydeł tego składu dodaje się lek w odpowiedniéj dawce. Mydła Eichoffa wyrabia tylko Ferd. Mühlens w Kolonii [1]) pod kontrolą jużto Eichhoffa, jużto aptekarza Braschossa. Mydła te, o konsystencyi twardéj mydeł toaletowych opakowane są w staniol i papier biały, na którym umieszczona jest w dawkach ilość leków z podpisem Eichoffa.

[1]) *Ueber medicin. Seifen. Volk. kl. Vorträge* Nr. 252, 1885. — [2]) *Ueber Seifen, mit besonderer Berücksichtigung u. Angabe von neuen med. Seifen. Dr. Eichoff. Dermat. Studien.* Heft I, 1889. — [3]) *Ueber neue med. Seifen. Dr. Eichoff. Volk. kl. Vorträge*, Nr. 4, 1890. — [4]) Dr. Schwarz. *Die Anwendung der Seifen in der Dermatologie. Wr. kl. Wschrft.* Nr. 40—42, 1891.

[1]) Köln a. R. Glockengasse Nr. 474 lub filija: Wien-Meidling Rudolfsgasse Nr. 56 a.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Finotti (Insbruk): **Przypadek tężca leczony antitoksyną Tizzoniego. Wyzdrowienie.**

Okoliczność ta, że niektóre zwierzęta są zupełnie lub więcej odporne przeciw pewnym chorobom zakaźnym, zachęciła już wielu badaczy do szukania przyczyny téj odporności. Zwrócono przedewszystkiem uwagę na rozmaite własności krwi różnych zwierząt. Tizzoni i Cattoni spostrzegli, że psy i gołębie są bardzo odporne przeciw jadowi tężca, a że przeciwnie myszy, króliki i morskie świnki ulegają z łatwością téj chorobie. Wstrzykując psom i gołębiom przesącz kultur tężcowych, wywołali zupełną ich odporność na ten jad; podobnie powiodło się im i z królikami przez wstrzykiwanie osłabionych kultur, myszy zaś zyskiwały trochę odporności dopiero przez wstrzykiwanie do jamy otrzewnowéj surowicy krwi z psów zupełnie już odpornych, a morskie świnki ze surowicy królików zupełnie już odpornych. Wstrzykując zaś surowicę psa lub królika odpornego na jad tężcowy zwierzęciu dotkniętemu już chorobą, nie zoobojętnia się jednakowoż jadu zupełnie, ale powstrzymuje się działanie jego na mięśnie jeszcze nie zajęte, czyli umiejscowia się chorobę. Tizzoni i Cattoni zrobili ze surowicy krwi psów i królików, u których sztucznie wywołali odporność, przetwór nazwany „antitoksyną", a Finotti spróbował w klinice Nicoladoniego działania tejże antitoksyny u człowieka dotkniętego tężcem. Przetwór ten okazał się i u człowieka skutecznym, gdyż stan chorego po wstrzyknięciu nie tylko nie pogarszał się, ale owszem po 2 tygodniach nastąpiło nawet zupełne wyzdrowienie. Podobne dodatnie wyniki na człowieku ogłaszają Schwarz w Padwie, Gagliardi w Molinella i Tizzoni w Bolonii. (*Wiener. klin. Wschrft.* Nr. 1, 1892). *Dr. Idziński.*

Chirurgija.

Brandt: **Narkoza chloroformowa.** Sposób usypiania chorych ciągłem podawaniem po kropli chloroformu, zalecony przez Dr. Zuckerkandla z Wiednia, był już od lat sześciu stosowany w oddziale chirurgicznym dla marynarzy w Hamburgu. B., jak również kierownik oddziału Dr. Lauenstein, doszli tą metodą do następujących wyników:

Narkoza nastaje prędzéj i więcéj miarowo; przebieg jéj bywa spokojnym i bez niebezpiecznych zaburzeń. Ilość zużytego chloroformu jest o połowę mniejszą jak w zwykłym sposobie, ztąd i dla chorego podmiotowo jest przyjemniejszą, a i stan chorego po narkozie o wiele jest znośniejszym.

M. Baudouin: **O nowym sposobie narkotyzowania.** Narkotyzowanie ustawicznem podawaniem chloroformu po kropli zalecił pierwszy Leon Labbé w r. 1882 na posiedzeniu Wydziału lek. w Paryżu. B. zaleca od początku do końca polewać kroplami maskę tak, by 2—4 kropel padało w 15 sekundach, aż chory nie uśnie. Odtąd należy w minucie podawać 2—3 kropel, maski jednak nie powinno się ani na chwilę do samego końca od ust choremu odejmować. W ciągu narkozy i przed uśnięciem chorego należy zupełną zachować ciszę w otoczeniu i do niego nie mówić, aby nie wywoływać u niego wyobrażeń, któreby mogły spowodować stan pobudzenia. Czy chory już jest uśpionym, badać należy drażnieniem wewnętrznéj strony ud, gdyż odruch tychże dłużéj się utrzymuje, jak odruch rogówkowy. B. poleca metodę tę, podając następujące jéj zalety:

Rozpoczęcie narkozy nie jest dla chorych niemiłem; okresu podniecenia nie zauważa się prawie nigdy, a przebieg narkozy jest spokojnym; zużywa się najwięcéj do 20 gramów chloroformu w godzinie; wymioty ani w czasie ani po narkozie nie występują, obudzenie chorego łatwe; bezpieczeństwo bez względu na stan chorego zupełne, jeżli się uważa na oddech dokładnie. (*Centralbl. f. Chirurg.* Nr. 47, 1891). *Dr. Wachholz.*

Terapija.

Rubinstein (Berlin): **Nieco o leczeniu gwajakolem.**

Prof. Schüller w Berlinie pierwszy przed kilku laty polecał gwajakol przeciwko gruźlicy. Ażeby osiągnąć odpowiedni skutek, trzeba rozporządzać czystym preparatem. Riedel w Berlinie fabrykuje gwajakol najlepszy, bo jest czysty, dobrze rozpuszczalny i bezwonny. Nie radzi R. podawać go w pigułkach, lecz raczéj w rozczynie, resorbcyja bowiem jest pewniejszą. Dawka średnia wynosi 4—5 kropli 4 razy na dzień. Smak nieco przykry najlepiéj pokrywa woda słona, dzieciom podaje się zazwyczaj w mleku lub kakao. Lek ten można bez zaburzeń podawać rok cały chorzy znoszą go wyśmienicie. Także inhalacyje gwajakolem są skuteczne (1 : 1000). (*Versml. d. Naturf. in Halle* 1891.)

Dr. Mendelsburg.

Medycyna sądowa.

Wykłady z medycyny sądowéj na X. międzynarodowym zjeździe lekarzy w Berlinie wygłoszone. (Hirschwald-Berlin, 1891).

Prof. Hofmann (Wiedeń): **O tworzeniu się tłuszczowosku.** Tłuszczowosk zdaniem H. jest tłuszczem pierwotnym, zamienionym w stałe kwasy tłuszczowe. Całość kształtu zwłok przy téj zmianie utrzymuje się dlatego, ponieważ podściółka tłuszczowa podskórna krzepnie niejako i ztąd nadaje powierzchni mas tłuszczowoskowych wejrzenie ziarniste. Skóra ulega martwinie gnilnej rozpływnéj, podobnież giną i mięśnie i inne części miękkie; pozostaje tylko rusztowanie zbitéjt kanki łącznéj, wypełnione tłuszczowoskiem. Tkanka mięsna, jak to wykazali Lehmann i Voit, ulega wprawdzie przemianie tłuszczowéj, ale w bardzo nieznacznym stopniu tak, iż na wzrost ilościowy tłuszczowosku wpływać nie może. Narządy gruczołowe ulegają tylko wtedy téj przemianie, jeżeli przed śmiercią uległy patologicznemu przeobrażeniu tłuszczowemu.

Przyczyna powstawania tłuszczowosku polega na tem, iż tłuszcz gniciu nie ulega, natomiast jełczeje. Jełczenie zaś polega na rozszczepieniu tłuszczów obojętnych na kwasy tłuszczowe i glicerynę. Zmiana tłuszczowoskowa nie jest wyjątkową, lecz prawie zawsze w zwłokach znajdowaną, tylko w różnym stopniu. Ażeby zwłoki uległy wybitnie téj przemianie, potrzeba zdaniem H. następujących warunków:

1) Silniejszego rozwoju podściółki tłuszczowéj w zwłokach.

2) Zwolnionego postępu zgnilizny i utrudnionego dostępu dla much i innych pasorzytów żyjących na zwłokach; warunku tego dostarcza woda, która zarazem oddala glicerynę i kwas olejowy z rozkładu tłuszczu powstające, przez co skrzepnięciu tłuszczowosku sprzyja.

3) Pewnego rodzaju tłuszczu pierwotnego; doświadczenie bowiem uczy, iż najprędzéj w równych zresztą warunkach ulegają téj zmianie zwłoki dzieci z obfitą podściółką tłuszczową. Przyczynę téj łatwości należy upatrywać raz w obfitości większéj tłuszczu u dziecka niż u ludzi dorosłych, powtóre i w tem, że tłuszcz dzieci jest zbitością więcéj podobny do wosku, więcéj zawiera kwasów tłuszczowych stałych i okazuje wyższy punkt topliwości. Tłuszcz opojów okazuje podobne własności jak dziecięcy; ztąd przypuszczać należy, że także prędzéj téj zmianie ulega.

4) Niższéj ciepłoty, o ile takowa ułatwia krzepnięcie tłuszczu.

W końcu okazuje H. kawałek skóry z głowy, zmienionéj tłuszczowoskowo, pokrytéj włosem, jak gdyby krótko zestrzyżonym. H. przypuszcza, iż prąd wody płynącéj włosy starł i w ten sposób skrócił.

Prof. Kratter: **O czasie potrzebnym do wystąpienia zmian tłuszczowoskowych.** K. podaje, iż zmiana tłuszczowoskowa w mięśniach nie występuje wcześniéj niż w końcu trzeciego miesiąca. Proces ten postępuje na mięśniach w kierunku od zewnątrz ku wewnątrz. Mięśnie głęboko w ustroju się znajdujące opierają się długo przemianie téj i są jako takie rozpoznawalne nawet u zwłok dłużéj niż rok w wodzie spoczywających. Na czaszce zmieniają się mięśnie najwcześniéj w końcu roku, na udach i międzykroczu najwcześniéj w 1½ roku. K. przytacza dwa przypadki, w których znajomość czasu tego posłużyła mu do wykazania tożsamości osoby. Autor należy do obozu uznającego, iż tłuszczowosk również z istot białkowatych powstaje.

Prof. Hofmann: **O zmianie białego arszeniku w żółty bezwodnik kwasu siarkoarsenowego w zwłokach.** W r. 1886 zdarzył się autorowi przypadek, iż w trupie ekshumowanéj z polecenia sądu kobiety znalazł w jelitach znaczną ilość żółtego proszku, który się okazał chemicznie bezwodnikiem kwasu siarkoarsenowego (*Auripigment*). Autorowi wydała się wątpliwą możność zatrucia tymże — poczynił tedy następujące doświadczenia: wprowadził do jelita ślepego w zwłokach pewną ilość arszeniku białego i pozostawił zwłoki w warunkach gniciu przyjaznych. Wreszcie struł kilka psów arszenikiem białym i zwłoki ich również aż do gnicia zachował. Po ośmiu dniach był w stanie wykazać w obu doświadczeniach przemianę arszeniku białego w żółty aurypigment.

Hofmann: **O nieopisywanych dotąd nastrzyknięciach pod śródsierdziem znajdowanych, zwłaszcza w lewéj komorze serca.** H. spostrzegał na sercach zwierząt domowych w różny sposób zabijanych, nastrzykania naczyń pod wsierdziem się znajdujących obok wynaczynionek lub bez nich na szczytach beleczek mięsnych w *conus arteriosus* i na mięśniach brodawkowych najczęściéj w lewéj komorze. Nastrzykania te były tylko w tych przypadkach widocznemi, gdzie serce z chwilą śmierci popadło w stan skurczu. Na zwłokach ludzkich objawu tego nie napotykał tak często, po pierwsze, ponieważ sekcyję zwłok ludzkich dopiero po upływie pewnego czasu od chwili śmierci można wykonać, gdzie zatem stężenie pośmiertne już ustąpiło, powtóre, ponieważ nie rzadko proces gnicia już się rozpoczyna. Wreszcie nawet w przypadkach śmierci nagłéj u człowieka serce popada w spoczynek w fazie rozkurczowéj, zwykle z powodu miąższowego zwyrodnienia mięśnia sercowego. Natomiast można nastrzyknięcia te widzieć częściéj na sercach ludzkich, wykonywając sekcyję w kilka godzin po śmierci. Znaczenie tego objawu wypływa ztąd, iż rzuca on jasne światło na żywe unaczynienie ścian komór, zwłaszcza lewéj, również i na to, czy i w jakiego rodzaju przypadkach śmierci spokój serca nastał we fazie skurczowéj lub rozkurczowéj; wreszcie jest wstanie wyjaśnić, czy w stężeniu pośmiertnem serce również udział bierze.

Prawdopodobnem jest również, iż i za życia przy każdym skurczu serca krew zostaje wepchniętą do naczyń pod śródsierdziem się znajdujących, w czasie zaś każdego rozkurczu nastrzyknięcia te się wyrównywają, co zwłaszcza w tak zwanem przez Brückego samosterownictwie serca nie poślednią odgrywa rolę.

Erhard (Kijów): **O postępowaniu w ocenianiu sądowo lekarskiem mechanicznych obrażeń ciała.** Sprzeczność uwidaczniająca się w orzeczeniach sądowo lekarskich młodszych lekarzy sądowych, w sprawie mechanicznych uszkodzeń ciała, pochodzi z niedostatecznego uwzględnienia mechanizmu uszkodzenia. Ponieważ uszkodzenie mechaniczne jest wynikiem zetknięcia się dwóch ciał, z których przynajmniéj jedno musi być w chwili wywołania uszkodzenia w ruchu, ztąd przy ocenianiu uszkodzenia trzeba dokładnie zbadać uszkodzenie i ruch ciał uszkodzenie wywołujących, względnie ruch części ciała człowieka, który nim uszkodzenie wywołuje. Pewne ruchy człowieka zależą ściśle od stosunków i budowy anatomicznéj jego pojedynczych członków, np. ruch przy chodzeniu, popychaniu, bieganiu i t. d. — są to więc ruchy swoiste. Innych ruchów wyucza się człowiek przez przyzwyczajenie do pewnych zajęć, są to ruchy przyswojone.

Ponieważ wszystkie ruchy wykonywa człowiek bezwiednie, a więc bezwiedza ta dotyczy także i ruchów w zamiarze zbrodniczym wykonanych. Dowodem tego znany przypadek Taylora, w którym rzeźnik podciął gardło swéj ofierze w sposób taki sam, jakiego zwykle używał do zabijania owiec.

W ocenianiu więc ruchów w zamiarach nieprzyjaznych dokonywanych, należy uwzględnić możliwość ruchu swoistego, o ile nic nie przemawia za istotą ruchów przyswojonych, do wykonania uszkodzenia użytych. Sposób ten analityczny autora nigdy nie zawiódł; jednak sposobu tego użyć nie można przy ocenianiu ruchów, które wywołały uszkodzenia w czasie walki; tu bowiem ruchy były bardzo rozmaite.

Dr. Wachholz.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

XII. Posiedzenie z d. 26 września.

Przewodniczący kol. Ziembicki. — Obecnych członków 23.
Nowy członek kol. Pietrowski.

1) Przewodniczący wstępnem przemówieniem uczcił pamięć i zasługi około sekcyi zmarłego członka Doktora Lecha; poczem na wniosek przewodniczącego uchwalono zebraną sumę ofiarować zamiast wieńca na fundusz wdów i sierot po lekarzach.

2) Kol. Świątkiewicz przedstawia przypadek *Syphilis pigmentosa.* W dyskusyi mowił kol. Krokiewicz.

3) Kol. Bărącz przedstawia chorego z obrzękiem na ręce płaskim rozlanym wzdłuż zginacza palca dużego, dłoni i dolnej części przedramienia, przypuszcza że jest to *lipoma arborescens.* Kol. Wehr opisuje podobny przypadek, który operował, gdzie było *Myxoliposarcoma.* Podobne przypadki opisują dalej koledzy: Ziembicki, Schramm i Krokiewicz.

4) Kol. Mukowicz przedstawia trzy przypadki resekcyi jelita wtórorzędnej, wykonane przezeń w oddziale prym. Ziembickiego. W dwóch przypadkach wykonaną była w tymże oddziale herniotomia i z powodu zgorzeli jelita założono sztuczny odbyt. W kilka tygodni wykonał kol. M. resekcyję, w jednym przypadku 15 ctm. w drugim 12 ctm. kawałka jelita, przebieg pooperacyjny normalny, zgojenie przez rychłozrost. Trzeci przypadek: Kobieta lat 34, przebyła przed 2 laty prawdopodobnie uwięźnięcie przepukliny, które się samo wyleczyło przez wytworzenie się przetoki kałowej. Tydzień przed wstąpieniem do szpitala wśród silnego kaszlu pękła blizna obok przetoki i wypadła tą drogą pętla jelita z błoną śluzową na zewnątrz, więc nastąpiła tu inwaginacyja a następnie wypadnięcie téj wgłobionéj pętli na długość około 30 ctm. Dnia 18 sierpnia wykonał u niej kol. M. resekcyję 20 ctm. kawałka jelita. Przebieg po operacyi bezgorączkowy zupełnie prawidłowy. — W dyskusyi zabierali głos koledzy Bărącz, Schramm, Wehr i Ziembicki.

Nastąpił wykład kol. Wiczkowskiego „o bielicy“. (Rzecz ogłoszona w tym Numerze). — W dyskusyi przemawiali koll. Krokiewicz i prelegent.

Dr. Mukowicz, sekretarz.

XIII. Posiedzenie z d. 10 pazdziernika.

Przewodniczący kol. Ziembicki. — Obecnych członków 14.
Nowy członek kol. Riwczes.

1) Kol. Przewodniczący oznajmia, że kol. Seifmann ofiarował znaczną ilość dzieł bibliotece sekcyi, za co kol. Seifmannowi podziękowanie wyrażono.

2) Kol. Ziembicki przedstawia *a)* chorego z przepukliną pachwinową wolną obustronną olbrzymich rozmiarów, ma zamiar wykonać u niego operacyję Bassiniego, poczem go powtórnie przedstawi, *b)* chorego, u którego wykonał wyłuszczenie ramienia z powodu osteosarcoma kości ramieniowéj znacznych rozmiarów; preparat odpowiedni przedstawia kol. Feigel.

3) Kol. Mukowicz przedstawia rzadki przypadek gruźlicy oczodołu, gdzie gruźlica doprowadziła do zupełnego zniszczenia dolnej połowy oczodołu, nie naruszając jednakże oka, tak że chora widzi dobrze, mimo, że oko w dolnej połowie od oczodołu zupełnie jest odłączone. *Dr. Mukowicz,* sekretarz.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 stycznia. Na wczorajszem posiedzeniu Towarzystwo lek. krak. uchwaliło na wniosek swego komitetu wyrazić w „Przeglądzie Lek.“ publiczne podziękowanie Towarzystwom lekarskim i wszystkim tym osobom, które nadesłały telegramy w dzień jubileuszu, uchwaliło nadto zasadniczo myśl, aby w powstać mającéj Izbie lek. Towarzystwo lek. miało swego

przedstawiciela. Przyjęto następnie sprawozdanie poszczególnych komisyj i udzielono absolutoryjum. Po załatwieniu kilku drobniejszych spraw kol. Gluziński po dłuższem przemówieniu złożył godność Prezesa Tow. w ręce kol. Ponikły, a Towarzystwo uchwaliło na wniosek kol. Domańskiego zamieścić w protokóle uznanie kol. Gluzińskiemu za gorliwe sprawowanie obowiązków Prezesa w roku ubiegłym.

* Towarzystwo lekarskie Warszawskie obrało na rok bieżący prezesem Dra Edwarda Przewoskiego, wiceprezesem Dra Stanisława Markiewicza a sekretarzem dorocznym Dra Władysława Szteynera.

* W Dorpacie postanowiono 100-letnią rocznicę urodzin Baera, przypadającą d. 17 lutego r. b., obchodzić uroczyście. (*Gaz. Lek.*)

* We Wiedniu otwarto przed kilku dniami nową klinikę chorób krtani, któréj kierownikiem będzie prof. Störk.

* W tygodniu 52-im (od 27 grudnia do 2 stycznia) było w Krakowie małżeństw 8, urodzeń 32, skonów 58, z tych z gruźlicy 14, z zapalenia płuc 6, z dławca i błonicy 6, z odry 5, z płonicy 4, z nieżytu żołądka i jelit 3.

* **Wiadomości uniwersyteckie. — Praga czeska.** Docent prywatny w Uniw. czeskim Dr Wacław Rubeska mianowany został profesorem położnictwa dla akuszerek w Pradze. — **Zurych.** Prof. Klebs złożył profesurę a następcą jego mianowany został prof. Ribbert z Bonny. — Prof. kliniki lek. we Wrocławiu Biermer i prof. okulistyki w Hali Graefe również zrzekli się swych katedr, docenci zaś Peiper (med. wewn.) w Gryfii i Tuczek (psychijatr) w Marburgu mianowani zostali proff. nadzwyczajnymi — W Strasburgu otwartą została nowa klinika okulistyczna; kierownikiem jéj jest prof. Laqueur. Nadzwyczajni profesorowie hygijeny we Wiedniu i w uniw. niemieckim w Pradze Drowie Gruber i Hueppe mianowani zostali profesorami zwyczajnymi.

* **Wiedeń.** Prymaryjuszami dwóch nowych oddziałów utworzonych w szpitalu Cesarza Franciszka Józefa mianowani zostali docent prywatny Dr. Robert baron Steiner-Pfungen i Dr. Feliks Ehrendorfer, asystent sanitarny.

* **Nekrologija.** We Wiedniu umarł z influenzy wielki fizyjolog Brücke, wysłużony profesor i członek Izby Panów. Ernest Wilhelm B., syn malarza Jana Gottfrieda, urodził się w Berlinie d. 6 czerwca 1819 r. Uzyskawszy dyplom doktorski w r. 1842, habilitował się w r. 1844 w Berlinie jako docent fizyjologii, a równocześnie pełnił obowiązki asystenta u Jana Müllera; w r. 1846 mianowany został nauczycielem anatomii w berlińskiéj Akademii sztuk pięknych, w r. 1848 prof. nadzwyczajnym w Królewcu, a w r. 1849 profesorem zwyczajnym fizyjologii we Wiedniu i członkiem zwyczajnym Akademii nauk i odtąd aż do śmierci pozostawał we Wiedniu. Wielkie a znane powszechnie jego zasługi naukowe rząd austryjacki wynagradzał licznemi zaszczytami: i tak nadał mu order Leopolda i szlachectwo, tytuł radzcy dworu, mianował dożywotnim członkiem Izby Panów, nadto zmarły posiadał liczne ordery zagraniczne. Uczniowie i asystenci jego zajmują katedry fizyjologii w Uniwersytetach austryjackich i zagranicznych (w Krakowie było ich dwóch: Albini, obecnie w Neapolu i śp. Piotrowski). Zmarły słynął ze swoich świetnych wykładów, które ściągały słuchaczów licznych, a w zakładzie jego kształcili się liczni bardzo uczniowie i lekarze.

W Londynie umarł prof. chirurgii Dr. Jan Wood, słynny i jako anatom.

W Krakowie umarł w 30-tym roku życia Dr. Walery Pawlas, wychowaniec Uniwersytetu krakowskiego, młodszy brat zmarłego przed kilku dniami fizyka chrzanowskiego. Nieboszczyk pospieszył na pogrzeb brata a po drodze zaraził się tyfusem osutkowym u osoby, któréj udzielił pomoc lekarską. Pozostawił żonę i dwoje drobnych dzieci.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 20 b. m. o godzinie 6 téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Łazarskiego (ul. św. Anny *Coll. physic.).* Porządek dzienny: 1) kol. prof. Obaliński mówić będzie „o zapaleniu linii przyrostkowéj kości długich u dzieci“; 2) kol. Kryński: „O naczyniakach limfatycznych“ (*lymphangiomata*) z przedstawieniem chorych i preparatów mikroskopowych; 3) Dr. S. Blatteis: „O plasmodiach zimnicy na podstawie spostrzeżeń w szpitalu św. Łazarza czynionych“; 4) Ewentualne wnioski członków.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie odbędzie *we Środę dnia 20 stycznia b. r. o godz. 5 po pol.* w sali wykładowéj prof. Dra Łazarskiego (bezpośrednio przed posiedzeniem Tow. lek. krak.) Zgromadzenie ogólne XVI., na które szan. Członków i Prenumeratorów Wydawnictwo uprzejmie zaprasza *Prof. Dr. Korczyński.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Do Nru dzisiejszego dołącza się dla abonentów w Galicyi i Cesarstwie niemieckiem po egzemplarzu przemówienia prezesa prof. Gluzińskiego podczas uroczystości jubileuszowéj.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.